6

Ueber Magenkrebs im jugendlichen Alter.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der

Medizinischen Fakultät

der

Grossherz. Bad. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

eingereicht von

Felix Huch

aus Braunschweig.



Frankenthal.

Louis Göhring & Co.

1904.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Decan: Geh. Hofrat Dr. Knauff.

Referent: Geh. Rat Dr. Erb.

1904.

Es ist eine auch dem Laien geläufige Tatsache, dass das Karzinom eine Krankheit des vorgerückteren Lebensalters ist. Ganz besonders gilt dies für den Magenkrebs, wie aus zahlreichen Statistiken, z. B. denen Gurlt's (11)* und v. Winiwarter's (39) zu ersehen ist. Man könnte daher leicht geneigt sein, bei einem an einer Magenaffektion leidenden Individuum jüngeren Alters die Möglichkeit eines Karzinoms a priori abzulehnen. Wenn man aber die Literatur über Magenkarzinom durchmustert, so muss man zu dem Resultat kommen, dass ein solcher Standpunkt des Arztes in wenn auch sehr seltenen Fällen für den Patienten verhängnisvoll werden kann. Denn es ist nunmehr durch eine ganze Reihe von klinischen Beobachtungen, die ihre Bestätigung durch die Sektion gefunden haben, festgestellt, dass das Magenkarzinom in **jedem** Lebensalter auftreten kann. Daraus folgt die Forderung, dass bei im übrigen begründetem Verdacht auf Magenkrebs das noch so jugendliche Alter des Patienten einer eventuell vorzunehmenden Probelaparatomie nicht entgegentreten darf.

Welch eminent wichtige Stellung der Magenkrebs schon seiner Häufigkeit wegen unter den Karzinomen überhaupt einnimmt, ist bekannt. Nach zahlreichen Statistiken übertrifft er in dieser Hinsicht selbst den Uteruskrebs und ist damit das häufigste Karzinom überhaupt. Die prozentualen Angaben darüber sind selbstverständlich nicht ganz übereinstimmende. Virchow (35) berechnete aus dem Würzburger Sektionsmaterial von 4 Jahren, dass auf 100 Karzinome 35 Magenkarzinome kommen, und stimmt darin genau mit einer späteren Statistik von Lange (17) überein, der unter 587 Karzinomen 210 Magenkarzinome fand. Andere Autoren geben noch höhere Zahlen an; Häberlin (12) 41,5%, d'Espine (8) sogar über 44%. Welche Zufälligkeiten bei diesen einzelnen Statistiken eine Rolle gespielt haben, lässt sich natürlich nicht sagen; aber man wird im ganzen kaum fehl gehen, wenn man für das Magenkarzinom zirka $^2/_5$ aller Krebsfälle in Anpruch nimmt.

Alle älteren Statistiker sind sich darüber einig, dass weitaus die Mehrzahl aller Magenkarzinome in das Alter von 50 bis 70 Jahren fällt,

---

*) Die Zahlen beziehen sich auf die Literaturangaben am Ende dieser Arbeit.

während nach neueren Autoren die untere Altersgrenze allmählich heruntergeht; Fälle bei Individuen in den vierziger Jahren gehören jetzt zu den ganz gewöhnlichen Vorkommnissen. Hammerschlag ([13]) hatte in einer allerdings kleinen Statistik unter 42 Magenkarzinomen 7 Fälle zwischen 30—40, 14 zwischen 40—50 Jahren, also 50% unter 50 Jahren! Dagegen gehören die Fälle innerhalb der drei ersten Lebensdezennien noch immer zu den Seltenheiten. Nach einer neueren, 3257 Fälle von Magenkarzinom umfassenden Statistik von Osler und Mc Crae ([26]) kamen zirka 2,5% davon auf Individuen unter 30 Jahren; einen noch höheren Prozentsatz berechneten die beiden Autoren aus 150 Fällen eigner Beobachtung, von denen 6, das heisst 4%, Individuen unter 30 Jahren betrafen.

Ich möchte in dieser Abhandlung den Begriff des jugendlichen Lebensalters noch etwas mehr einschränken und als oberste Grenze das 25. Jahr innehalten. Man könnte einwenden, dass dies ein höchst willkürliches Vorgehen sei; jedoch glaube ich mich durch die Tatsache gerechtfertigt, dass gerade unter dem 25. Jahr die Fälle von Magenkarzinom äusserst selten sind, während sie von hier ab allmählich häufiger werden, so dass später eine einigermassen scharfe Grenze nicht mehr gezogen werden könnte. So ergab eine Statistik des Allgemeinen Krankenhauses zu Wien (1855—1878) unter 455 Magenkarzinomen nur einen Fall unter 25 Jahren, dagegen 13 zwischen 26—30 Jahren (Gurlt[11]). Debreyne ([5]), Lebert ([18]), Duzan ([7]) betonen ausdrücklich die enorme Seltenheit des Magenkarzinoms grade vor dem 25. Lebensjahr. In zahlreichen andern grösseren Zusammenstellungen findet man überhaupt keinen Fall unter 25 Jahren erwähnt, während man Angaben von Fällen zwischen 25 bis 30 Jahren kaum je vermissen wird.

Lässt nun oft schon allein das jugendliche Alter des Patienten die Idee, dass es sich um ein Karzinom des Magens handeln könne, gar nicht aufkommen, so kann ferner eine noch viel wichtigere Tatsache zum Verhängnis des Kranken werden: der atypische Verlauf, den der Magenkrebs sehr häufig gerade bei jugendlichen Individuen nimmt. Durchmustert man die diesbezüglichen Fälle in der Literatur, so muss es ohne weiteres auffallen, dass meistens die richtige Diagnose erst bei der Sektion gestellt wird, oder dass erst kurz vor dem Tode der Verdacht auf Magenkarzinom sich des Arztes bemächtigt; mit einem Wort, dass von einer einigermassen frühen Diagnose eines malignen Tumors des Magens fast nie die Rede ist.

Ich spreche hier absichtlich von malignem Magentumor, nicht von Karzinom, denn streng genommen wird man klinisch Magenkarzinom überhaupt nicht mit absoluter Sicherheit diagnostizieren dürfen, sondern wird gewärtig sein müssen, die Diagnose „Karzinom“ auf Grund des

Operations- oder Sektionsbefundes eventuell in Sarkom umändern zu müssen. Diese Erkenntnis ist erst neueren Datums; speziell durch eine ausführliche Untersuchung Schlesingers ([32]) ist sie sehr wesentlich gefördert worden. Früher hielt man ein primäres Sarkom des Magens für eine ganz ausserordentliche Seltenheit; daher kommt es, dass sehr häufig Magentumoren, die mikroskopisch den Eindruck eines Karzinoms machten, kurzerhand auch dafür erklärt und gar nicht mikroskopisch untersucht wurden, wie das für mehrere der weiter unten zu besprechenden Fälle wahrscheinlich ist. Manche in Sammlungs-Katalogen als Karzinom beschriebenen Fälle, die neuerdings einer mikroskopischen Nachprüfung unterzogen wurden, haben sich als Rund- oder Spindelzellen-Sarkome herausgestellt.

Die Meinungen über die Häufigkeit des Magensarkoms gehen noch auseinander. Nach der Ansicht v. Mikulicz's, Kausch's, Alessandri's ([1]) sind sie bei jungen Leuten relativ häufiger als Karzinome. Perry und Shaw ([27]) fanden unter 50maligen Magentumoren 4 Sarkome; Fenwick ([9]) unter 23 zwei. Dagegen fand Haberkahnt ([1]) bei 207 Pylorusresektionen nur 3 Sarkome; Bardeleben und Czerny ([1]) fanden bei 298 Gastroenterostomien nur 2 Sarkome. Gegen die beiden letzten Angaben macht Alessandri Einwände; gerade das Sarkom zeichne sich dadurch vom Karzinom aus, dass es nicht die gleiche Vorliebe für den Pylorus habe wie dieses; aus der Zahl der zur Pylorusresektion gekommenen Fälle dürfe man daher keine allgemeinen Schlüsse über die Häufigkeit des Magensarkoms überhaupt ziehen. Ausserdem wendet Alessandri ein, dass bei einer Gastroenterostomie ein sicheres Urteil, ob ein Tumor Sarkom oder Karzinom ist, nicht abgegeben werden könne, falls nicht eine Probeexzision und mikrosk. Untersuchung ausgeführt würde. Nach Fenwick's (s. o.) Schätzung macht das primäre Magensarkom zirka 5—8% aller primären Neubildungen des Magens aus — eine Angabe, die gewiss bei Vielen auf Widerspruch stossen dürfte.

Die Meinung von der enormen Seltenheit des Magensarkomes mussten besonders solche Fälle unterstützen, die man einmal ausnahmsweise für Sarkome zu erklären gewagt hatte, und die dann bei der mikroskopischen Untersuchung sich trotzdem als Karzinome herausstellten. Hierher gehören die bekannten Fälle von Virchow ([36]) und Leube ([19]).

Was in diesen beiden, einander sehr ähnlichen Fällen für Sarkom gesprochen hatte, war der Umstand, dass, nachdem längere Zeit die Symptome eines Magenkarzinoms bestanden hatten, in der Haut multiple Tumoren auftraten, die, exzidiert und mikroskopisch untersucht, sich als Sarkome herausstellten. Und trotzdem war der Magentumor ein Karzinom! — Diese Fälle sind um so bemerkenswerter, als nach den Untersuchungen Schlesingers es gerade die Metastasen, und in erster

Linie die Hautmetastasen sind, die eventuell bei der Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Karzinom den Ausschlag geben können. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der von Dreyer (6) veröffentlichte Fall, über den ich kurz berichten möchte.

Bei einem 43jährigen Mann stellten sich die Zeichen einer Magenaffektion ein, vor allem reichliches, fast täglich erfolgendes Erbrechen. Nach einem Jahr traten allmählich über den ganzen Körper zerstreute Geschwulstknötchen auf, die bis zur Grösse einer halben Walnuss heranwuchsen. In der Pylorusgegend war eine Resistenz fühlbar. Man exzidierte einen der Hauttumoren und fand unter dem Mikroskop ein Fibrosarkom. Demnach stellte man die Diagnose auf primäres Magensarkom mit Hautmetastasen. Die Obduktion bestätigte diese Diagnose; der Magentumor war ebenfalls ein Fibrosarkom.

Unter den sonstigen Metastasen des Magen-Sarkoms sollen sich, nach Schlesinger, die Darmmetastasen von denen des Karzinoms dadurch unterscheiden, dass sie nicht zu Stenosen führen, was die karzinomatösen fast immer tun. Die Milz ist bei Magensarkom häufig vergrössert, bei Karzinom nicht.

Die geringere Neigung des Sarkoms, sich an den Ostien des Magens festzusetzen, wurde schon oben erwähnt; nimmt es aber diese Lokalisation ein, so zeigt es nach Alessandri nicht in demselben Grade wie das Karzinom die Neigung zur Strikturierung.

Fenwick führt noch einige andere, seiner Ansicht nach für die Differentialdiagnose brauchbaren Punkte an: in manchen Fällen von Sarkom besteht geringes, aber kontinuierliches Fieber, während dieses beim Karzinom, wenigstens in den früheren Stadien, durchaus vermisst wird. Lebermetastasen werden häufiger durch Karzinom als durch Sarkom erzeugt. Bei Sarkom hat Fenwick öfters dauernde Albuminurie beobachtet, bei Karzinom nicht. Die Kachexie soll nach demselben Autor rascher bei Sarkom als bei Karzinom auftreten — ein Punkt, den übrigens auch Schlesinger anführt. Vor allen Dingen ist aber die Wahrscheinlichkeit eines Sarkoms um so grösser, in je jüngeren Jahren die Neubildung auftritt.

Das Magensarkom kann auch ein sekundäres sein, und dann soll nach Kundrat (16) besonders die Inspektion der Mundhöhle in manchen Fällen zur Diagnose führen können. Es kann sich nämlich um ein primäres Lymphosarkom der Zunge handeln, und in diesem Fall findet man die Follikel besonders des Zungengrundes geschwollen und in dicke Wülste umgewandelt.

Sind nun auch nach diesen Ausführungen einige Momente für die Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Karzinom des Magens vorhanden, so wird diese Unterscheidung in der Praxis doch nur sehr selten möglich

sein, besonders da auch die subjektiven Symptome von Seiten des Magens, sowie der objektive Befund (Tumor, motorische und chemische Insuffizienz, Milchsäurebildung, Schlesinger-Kaufmann'sche Milchsäurebazillen), endlich der rasche ungünstige Verlauf bei beiden Affektionen dieselben sind.

Doch sehen wir auch von der Frage der Unterscheidung vom Sarkom ganz ab, so ist, nach der Literatur zu urteilen, die Frühdiagnose des Magenkrebses bei jugendlichen Individuen überhaupt nur selten möglich. Betrachten wir uns die in der Literatur beschriebenen Fälle einmal näher daraufhin.

Es muss hier leider vorausgeschickt werden, dass wir dabei manchmal keine Angaben über eine mikroskopische Untersuchung des Tumors finden. Möglich, dass sie gemacht wurde, aber von dem Autor als für die Beschreibung des Falles entbehrlich angesehen wurde, was in den älteren Fällen sehr begreiflich ist, da die Kenntnis über die relative Häufigkeit der Sarkome ja erst neueren Datums ist. Möglich aber auch, dass man aus demselben Grunde die mikroskopische Untersuchung sich ganz ersparte, und es müssen daher die hierhergehörigen Fälle als unsicher angesehen werden.

Für manche ist es sogar höchst unwahrscheinlich, dass die Diagnose eines primären Magenkrebses einer genauen mikroskopischen Untersuchung stand gehalten hätte. Hierher rechne ich die bis auf die neueste Zeit immer und immer wieder zitierten Fälle von Widerhofer und Kaulich.

Widerhofer (38) beschrieb den Fall eines 10 Tage alten Kindes, das aus Mund und After grosse Mengen Blutes verlor. Bei der Sektion fanden sich in den verschiedensten Organen, darunter auch in der Magenschleimhaut, weissgelbe, stecknadelknopf- bis hanfkorngrosse Knötchen, „eine crude Krebsmasse, bestehend aus einer Anhäufung rundlicher Zellen mit der Tendenz zur Verschrumpfung. Als Urstock des Karzinoms wurden die Wurzel der Pfortader und die retroperitonealen Lymphdrüsen bezeichnet." Dass es sich hier um alles andere eher als um ein primäres Magenkarzinom handelte, für dessen Vorkommen dieser Fall immer zitiert wird, ist doch unzweifelhaft.

Ganz das gleiche gilt für den von Kaulich (15) aus der französischen Literatur angeführten Fall von „Gallertkrebs fast aller Unterleibsorgane, darunter auch des Magens", bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde.

Auf sichern Grund und Boden begeben wir uns bei Betrachtung des durch die mikroskopische Untersuchung sichergestellten, von Cullingworth (3) beschriebenen Falles.

(Fall I.) Ein 5 Wochen alter Knabe erbrach seit seinem 10. Lebenstage alle Nahrung, während der Stuhlgang angehalten war; unter Konvulsionen trat der Tod ein. Die Diagnose ergab sich erst bei der Sektion, die ein Karzinom des Pylorus feststellte. Hier handelt es sich also um ein angeborenes Magenkarzinom; wir werden auf diesen Fall noch kurz zurückkommen.

Gehen wir nun, der aufsteigenden Zahl der Lebensjahre folgend, weiter, so treffen wir erst wieder im 13. Jahr auf einen Fall von Magenkrebs, den Moore (24) beschrieben hat.

(Fall II.) Es handelt sich hier um ein 13jähriges Mädchen, das unter den Erscheinungen höchstgradiger Anämie und Herzschwäche in Beobachtung kam. Ausgedehntes Oedem, Kurzatmigkeit und Milztumor waren vorhanden und wohl auf die Herzschwäche zu beziehen. Albuminurie bestand nicht. Die Patientin bot niemals Magensymptome dar. Erst 2 Tage vor dem Tode traten Erbrechen und Leibschmerzen ein, deren Ursache aber eine frische Perforativ-peritonitis war, die durch ein an der Kardia sitzendes Karzinom erzeugt war. Mikroskopisch handelte es sich um Gallertkrebs. Die Krankheit führte rapid zum Exitus.

Bei einem 14jährigen Knaben hat Scheffer ([31]) ein, mikroskopisch sich als Medullarkrebs darstellendes, Magenkarzinom beschrieben (Fall III), das vom Fundus ausgehend auf die Milz hinübergewuchert war, so dass nun der äusserst schmerzhafte Milztumor das klinische Bild vollkommen beherrschte. Ausserdem bestand unregelmässiges, remittierendes Fieber. Erst kurz vor dem Tode kam es zum Erbrechen dunkelroter, zum Teil kaffeesatzartiger Massen, die nun freilich die Diagnose eines Magenkarzinoms wahrscheinlich machten. Die ganze Krankheit dauerte nur 13 Wochen. — Einen ganz ähnlichen (vielleicht identischen) Fall erwähnt Mathieu ([21]) in seiner unten noch näher zu besprechenden Zusammenstellung.

Bei einem 15jährigen Knaben habe ich vor 2 Jahren ein Magenkarzinom beobachtet, das ich als Fall XIV weiter unten beschreiben werde.

Schmineke ([33]) hat einen Fall von Magenkrebs bei einem jungen Menschen von 16 Jahren beschrieben (Fall IV), bei dem hauptsächlich auf Grund eines palpablen Tumors die Diagnose intra vitam gestellt werden konnte. Die uns besonders interessierende Frage, ob das Leiden früh diagnostizierbar war, muss die Krankengeschichte leider unbeantwortet lassen, denn der Patient kam erst wenige Tage vor dem Tode in Beobachtung. — Nebenbei sei bemerkt, dass in diesem Fall interessanterweise die Entwicklung des Karzinoms aus einem grossen Ulcus pepticum deutlich nachgewiesen werden konnte. Mikroskopisch handelte es sich um einen Gallertkrebs.

Debove ([4]) verdanken wir die Mitteilung eines ausserordentlich interessanten Falles (Fall V). Ein junger Mann von 18 Jahren, der sich im besten Wohlsein befand, erbrach eines Tages plötzlich 2 Liter Blut. Man diagnostizierte ein Ulcus pepticum, unterwarf den Patienten der üblichen Diät, und glaubte ihn nach einem Monat als geheilt entlassen zu können. Einen Monat darauf stellte sich wieder Blutbrechen ein, das sich noch mehrmals wiederholte und zu schwerster Anämie des Patienten führte. Dabei trat ein ganz enormer Ascites auf, und nach einer nur kurzen Krankheitsdauer erfolgte der Tod in Synkope. Bei der Sektion entdeckte man ein handtellergrosses Karzinom an der kleinen Kurvatur. Peritoneale Metastasen waren nicht vorhanden. Ueber eine mikroskopische Untersuchung finden sich keine Angaben.

Dass man sich schon vor mehr als 30 Jahren nicht scheute, bei einem jugendlichen Individuum trotz des Fehlens eines palpablen Tumors ein Magenkarzinom zu diagnostizieren, beweist der darum besonders interessante, von Hutchinson ([14]) veröffentlichte Fall. (Fall VI). Ein 20jähriges Mädchen erkrankte zirka 6 Monate vor der Aufnahme ins Krankenhaus ziemlich plötzlich an Magenschmerzen, Appetitlosigkeit und Erbrechen. Dabei nahmen ihre Körperkräfte und ihr Gewicht rasch ab. Einmal wurde Blut erbrochen. Bei der Aufnahme wurde Druckempfindlichkeit und Erweiterung des Magens konstatiert, und, trotzdem kein Tumor nachweisbar war, die Diagnose mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Magenkarzinom gestellt; in der Tat fand sich bei der Sektion am Pylorus ein skirrhöser Tumor, über dessen mikroskopischer Untersuchung sich leider keine Angaben finden. Der Tod erfolgte 7 Wochen nach der Aufnahme, sodass also auch hier, wie in Fall IV, die Krankheit in einem schon relativ weit vorgeschrittenen Stadium zur Beobachtung kam.

Noch mehr gilt letzteres für den von Pillon ([28]) mitgeteilten, einen 21jährigen Mann betreffenden Fall. (Fall VII). Der Patient war schon $1\frac{1}{2}$ Jahr leidend, bevor er zur Beobachtung kam, und starb dann in wenigen Wochen. Die Krankheitssymptome bestanden in Körperschwäche, Abmagerung, Magenschmerzen und Erbrechen. Einige Wochen vor dem Tode trat dunkles schaumiges Erbrechen auf; objektiv war ein stenosirender Tumor in der Pylorusgegend nachweisbar, der während der Beobachtung an Grösse zunahm und bei der Sektion als Pyloruskrebs imponierte. Angaben über mikroskopische Untersuchung fehlen auch in diesem Falle.

Reinbrecht ([29]) beschreibt die sehr interessante Krankheitsgeschichte eines 21jährigen Mädchens (Fall VIII). Die Patientin litt im Beginn ihrer nur 6 Monat dauernden Krankheit an Magenschmerzen, die besonders nach dem Essen auftraten, bald aber ganz verschwanden; jedes andere Magensymptom fehlte lange Zeit vollkommen; ausschliesslich eine hochgradige Anämie und ein universales Oedem beherrschten das Krankheitsbild. Erst später traten wieder die Magenschmerzen auf, und es gesellte sich häufiges Erbrechen von grossen Mengen einer stark sauren, gelbbraunen, nicht die Methylviolettreaktion gebenden Flüssigkeit, nebst den Symptomen einer Pylorusstenose und konsekutiver Magenerweiterung hinzu; Symptome, die man als durch eine Ulcusnarbe erzeugt auffasste. Es trat nun rapider Kräfteverfall ein. Wie in Fall III dachte man erst kurz vor dem Tode der Patientin an ein Magenkarzinom, da sich jetzt kaffeesatzartiges Erbrechen einstellte. Die Sektion ergab einen karzinomartigen Tumor am Pylorus. Leider fehlt wiederum die Angabe über eine mikroskopische Untersuchung.

Ein von Scholz ([34]) beschriebener Fall (Fall IX) betrifft ein 22jähriges Mädchen, das in verhältnismässig gutem Ernährungszustand das Krankenhaus aufsuchte, nachdem es schon seit einigen Monaten häufig gelbliche Massen erbrochen hatte. Bei der vaginalen Untersuchung wurde im Douglas'schen Raum ein Tumor gefunden, den man für ein Myom hielt. Während der Beobachtung trat nun unter starker Abmagerung der Patientin Ascites, dann Oedem der Beine und Hydrothorax auf, und der Tod erfolgte 5 Wochen nach der Aufnahme, nachdem, wie im Fall III und VIII, die erbrochenen Massen zuletzt ein kaffeesatzartiges Aussehen gezeigt hatten. Bei der Sektion wurde ein Karzinom (mikroskopisch Skirrhus) des Pylorus gefunden. Der als Myom angesprochene Tumor stellte sich als eine Ovarialmetastase heraus.

Ebenfalls entzog sich der von Mlodzejewski ([23]) beschriebene Fall (Fall X) der klinischen Diagnose. Bei einem 23jährigen Manne waren als Krankheitssymptome nur Ascites und Hydrothorax nachzuweisen. Magenerscheinungen fehlten vollkommen, während die Sektion eine krebsig entartete Ulcusnarbe aufdeckte. Metastasen in Pleura und Peritoneum waren als Ursache des serösen Ergusses in Brust- und Bauchhöhle anzusehen. Eine Angabe über die mikroskopische Untersuchung ist mir nicht bekannt; jedoch ist wohl anzunehmen, dass man es heutzutage wohl niemals mehr unterlässt, dieselbe — noch dazu in einem so seltenen Falle wie dem vorliegenden — vorzustellen.

Nicht erkannt wurde auch der Fall Werners (Fall XI). Ein vorher stets gesunder 25jähriger Mann erkrankte unter Magenschmerzen, schleimigem Erbrechen und Stuhlverstopfung, und starb nach nur dreizehnwöchentlicher Krankheit; ein besonders gutes Beispiel für die unheimliche Wachstumsenergie, die der Magenkrebs gerade bei jugendlichen Individuen oft entwickelt. Das Leiden war hier nicht erkannt worden, da angeblich kein für das Magenkarzinom charakteristisches Zeichen vorlag. Mikroskopische Untersuchung fehlt.

In 2 Fällen, die von Bettelheim ([2]) (Fall XII) und von Leube ([19]) (Fall XIII) beschrieben wurden, und die beide 25jährige Individuen betrafen, konnte die Diagnose intra vitam gestellt werden, da es sich um ziemlich typische Fälle handelte; hauptsächlich auf Grund der Palpation, die beide Male einen deutlichen Tumor in der Pylorus-

gegend erkennen liess. Wie lange in Leubes Fall die Krankheit schon gedauert hatte, wird nicht angegeben. In Bettelheims Fall wurde die Diagnose nach sechsmonatlicher Dauer der Krankheit gestellt, während der Exitus nach drei weiteren Monaten erfolgte. Ueber die mikroskopische Untersuchung findet sich in diesem Fall keine weitere Angabe, während sie im Leub e'schen Fall ein positives Resultat hatte.

Ich möchte nun in folgendem einen von mir selbst beobachteten Fall beschreiben (Fall XIV).

Es handelte sich um einen 15jährigen Knaben, den ich im Heidelberger akademischen Krankenhaus (Medizinische Klinik des Herrn Geheimrat Erb) als Amanuensis mitzubeobachten Gelegenheit hatte.

Der Patient, Sattlerlehrling Emil Arius aus Eppelheim bei Heidelberg, war am 25. April 1887 geboren, also zur Zeit seiner Aufnahme in die Klinik — 29. August 1902 — 15 Jahre und 4 Monat alt.

Die Anamnese ergab, dass es sich um ein uneheliches Kind handelte, das von seinem Vater nichts wusste und von seiner Mutter nur angeben konnte, dass sie an einer ihm unbekannten Krankheit gestorben sei. Geschwister besass Patient nicht. In seiner Umgebung war ein ähnliches Leiden wie das seine nicht vorgekommen. Er hatte sich gesund gefühlt bis zirka 7 Wochen vor seiner Aufnahme, d. h. bis Anfang Juli 1902. Damals begann er öfters zu erbrechen, ohne dass Schmerzen vorausgegangen wären, und ohne dass eine Beziehung zur Zeit, Menge und Art der aufgenommenen Nahrung bestanden hätte. Gegen Ende Juli bekam Patient eines Tages sofort nach dem Mittagessen heftige zusammenziehende Schmerzen in der Gegend des linken Rippenbogens, 4 Finger breit über der durch den Nabel gezogenen Horizontalen, dann erbrach er das Essen wieder, und hatte dabei einen stark sauren Geschmack im Munde. Das Erbrochene bestand aus der fast unveränderten Nahrung; Blut war nicht dabei. Nach dem Erbrechen hörten die Schmerzen fast ganz auf; doch hatte Patient im Laufe des Tages noch mehrmals saures Aufstossen. Nach der nächsten Mahlzeit stellten sich wieder Schmerzen und Erbrechen ein, und so ging es nun nach jeder weiteren Mahlzeit. Dabei waren immer die Schmerzen von der Art der Nahrung unabhängig. Beim 4. oder 5. Mal erbrach der Patient auch zirka 2 Esslöffel voll Blut; es war von dunkler Farbe, aber flüssig, nicht kaffeesatzartig. — Nach einigen Wochen hörten die Schmerzen nicht mehr gleich nach dem Erbrechen auf, sondern dauerten noch zirka eine Stunde lang weiter. Patient musste nun auch fast jeden Morgen nüchtern erbrechen; das Erbrochene bestand aus etwas bittrer wässriger Flüssigkeit. Dabei war sein Appetit immer gut; er litt nur wenig an Aufstossen, hatte nie Sodbrennen, manchmal Singultus. — Seit 5 Wochen Gewichtsabnahme, angeblich um 5 kg. — Fieber soll niemals vorhanden gewesen sein.

Vor 14 Tagen kam Patient in ärztliche Behandlung. Es wurde ihm leichte Kost, vorwiegend Milchdiät, ferner ein Pulver verordnet. Trotzdem war kein Tag ganz frei von Schmerzen und Erbrechen. Vor 2 Tagen beging Patient einen groben Diätfehler. und danach trat eine so erhebliche Verschlimmerung seines Zustandes auf, dass er das Krankenhaus aufsuchte.

Status praesens.

Der 15jährige Patient macht den Eindruck eines 12jährigen Knaben. Auffallend klein und gracil gebaut; Genitalien noch infantil, zeigen nicht die Spur einer Behaarung. Patient ist blass und anämisch. Muskulatur schlaff und gering entwickelt, Fettpolster sehr spärlich. Kleine cervicale, submaxillare und inguinale harte Lymphdrüsen fühlbar; über den Claviculae keine Drüsen. Keine Oedeme. Haut blass und trocken, Hirnschädel auffallend gross; Tubera front. et pariet. stark vorstehend. Tibia- und Femurepiphysen mässig verdickt. Lippen rot; Zunge nicht belegt; Zungengrund und Rachenorgane normal

An den Mundwinkeln kleine Rhagadennarben. An Augen, Ohren und Zähnen aber keine Symptome einer Lues congenita.

Thorax etwas flach. Lungen normal. Erster Herzton an Pulmonalis und Mitralis etwas unrein; die zweiten Töne nicht akzentuiert. Puls von geringer Füllung und Spannung, regelmässig, 60 Schläge pro Minute. Leber und Milz nicht vergrössert. Inspektion des Abdomen bietet nichts abnormes. Magen perkutorisch nicht abgrenzbar. Im Epigastrium findet sich in der Mittellinie und etwas nach links davon eine nicht streng lokalisierte Druckschmerzhaftigkeit. Wegen der starken Spannung der Bauchdecken ist eine Palpation des Abdomens vorläufig nicht möglich. Links neben dem 11. und 12. Brustwirbeldorn druckschmerzhafte Punkte. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Nervensystem normal. Gewicht: 29,5 kg.

Ordination: Bauchwickel. Bei Schmerzen Codeïntropfen.

30. August. Patient hat des Nachts ca. 200 ccm einer mit Speiseresten vermischten, neutral reagierenden Flüssigkeit erbrochen. (Leider wurde durch ein unangenehmes Versehen die mikroskopische Untersuchung nach Speiseresten, Bazillen, eventuell Tumorzellen unmöglich gemacht. Die morgens am nüchternen Magen vorgenommene Ausheberung ergab ca. 100 ccm einer gelbgrauen schleimigen Masse von neutraler Reaktion.) Die Ausheberung musste aber unterbrochen werden, weil dabei zirka 1 Esslöffel frischen Blutes herauskam.

Ordin.: Absolute Ruhe; — Wismuth — Natr. bicarb.-Pulver. Wenig Milch. Eventuell Codeïntropfen.

31. August. Patient wird nüchtern untersucht. Nachdem er gelernt hat, seine Bauchmuskeln etwas zu entspannen, fühlt man im Epigastrium links undeutlich einen kleinen Tumor, der unter der Leber hervorzukommen scheint, und sich respiratorisch etwas verschiebt, während es durch Fixieren in der Exspiration am Emporsteigen gehindert werden kann. — Nachdem dann Patient etwas Milch getrunken, ändert sich das Bild: der Tumor wird deutlicher palpabel, aber jetzt rechts von der Mittellinie; er ist derbhöckerig, scheint etwa von Pflaumengrösse. — In der Nacht wieder Erbrechen.

Die Ergänzungen, die uns nun für die Stellung der Diagnose massgebend erschienen, waren ungefähr die folgenden:

Die gerade bei Magenkranken oft schon für ein bestimmtes Leiden charakteristische Anamnese gab hier keine genügenden Hinweise.

Die nicht unerhebliche Menge Blutes, das bei der Ausheberung im Strahl herauskam, machte Gastritis sowie nervös-dyspeptische Störungen unwahrscheinlich, drängte vielmehr zur Annahme eines ulcerösen Prozesses, sodass nur die Differentialdiagnose zwischen ulcus pepticum und einem ulcerierenden Tumor übrig blieb. Hier hätte die Magensaftuntersuchung wichtige Anhaltspunkte geben können; sie war aber durch die Blutung für die nächsten Tage unmöglich gemacht. — Der nach Entspannung der Bauchdecken palpable Tumor, der für eine Perigastritis zu gross, derb und höckerig auch zu leicht verschieblich erschien, machte die Diagnose eines Tumors malignus ventriculi wahrscheinlich.

Ob es sich dabei um Karzinom oder Sarkom handle, wagten wir nicht zu entscheiden, obwohl von den für Sarkom charakteristischen, anfangs näher besprochenen Symptomen, keines ermittelt werden konnte. Höchstens konnte das sehr jugendliche Alter des Patienten mehr für

Sarkom als für Karzinom sprechen. Bei der Dringlichkeit der vorzunehmenden Operation liessen wir den Patienten, ohne erst die Möglichkeit weiterer diagnostischer Eingriffe, speziell der Magensaftuntersuchung, abzuwarten, in die chirurgische Klinik verlegen mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines malignen Tumors der Pylorusgegend.

Hier bekam Patient doch zunächst noch eine Probemahlzeit, die nach 3 Stunden ausgehebert wurde: die schlecht angedauten Speisemassen liessen ganz gut die einzelnen Bestandteile der Mahlzeit erkennen, reagierten leicht sauer, liessen aber keine Spur von freier Salzsäure nachweisen; dagegen Milchsäurereaktion positiv. — Nach der Ausspülung wurde der Magen aufgebläht; er dehnte sich bis gegen den Nabel aus. Der früher beschriebene Tumor war unverändert zu palpieren.

Am 4. Sept. 1902 wurde durch Herrn Prof. Petersen die Operation vorgenommen.

Operation.

Ein Medianschnitt zwischen proc. xiph. und Nabel legte einen nahezu kleinapfelgrossen, derben, höckrigen Karzinomtumor frei, der fast die ganze Pylorusgegend in Handtellergrösse infiltrierte. Der Tumor sass im wesentlichen an der vordern Magenwand, griff aber an der Kurv. minor. auch noch auf die hintere Magenwand über. Der Pylorus selbst war nicht ganz stenosiert, aber doch zur grössern Hälfte vom Tumor eingenommen. Im Mesenterium fanden sich in der Pylorusgegend zahlreiche derbe Drüsentumoren. Eine grosse Anzahl bis haselnussgrosser Drüsen liess sich bis in die Kardiagegend verfolgen. Der Pylorus und die Hinterwand des Magens zeigten nach der Umgebung zu karzinomverdächtige Infiltrationen in Form von leichten Verwachsungen.

Bei den vielen Metastasen schien eine Radikaloperation gänzlich ausgeschlossen. Daher beschränkte man sich darauf, an möglichst günstiger Stelle der hinteren Magenwand eine Verbindung mit der obersten Jejunumschlinge nach Murphy-Hacker auszuführen. Diese erfolgte in typischer Weise mit dem mittleren Knopf alten Modelles.

Weiterer Krankheitsverlauf.

Am 9. Tage nach der Operation wurden die Nähte entfernt; am 11. Tage ging der Knopf ab. Komplikationen traten nicht ein. Patient konnte das Bett verlassen, erholte sich aber nicht recht. Der Leib war stets aufgetrieben; Erbrechen trat nicht ein. Nahrungsaufnahme war nur gering. Am 22. September wurde Patient wieder in die medizinische Klinik aufgenommen.

Bereits nach 6 Tagen trat wieder Erbrechen ein, das nun trotz Diät und Magenspülungen sich fast täglich wiederholte. Dabei litt Patient unter heftigen Schmerzen in der Magengegend und im übrigen Abdomen, während der Stuhl stets angehalten war. Der Tumor wuchs zusehends und nahm schliesslich einen grossen Teil des Epigastrium ein. Am 25. November wurde über dem sternalen Ende der linken Clavicula eine kleine sehr harte Drüse bemerkt. Das Körpergewicht sank mehr und mehr. Am 4. Dezember wurde beiderseits unterhalb des Poupart'schen Bandes an der Schenkelpforte ein harter Tumor konstatiert; über ihm war die Pulsation der A. fem. zu fühlen. — Die Schmerzen erreichten oft eine geradezu entsetzliche Intensität; die Kachexie nahm mehr und mehr zu; am 9. Dezember trat der Tod ein.

Sektion.

Eingeweide mit Laparatomienarbe verwachsen. Beim Einschneiden stösst man auf einen derben Tumor, der sich links bis zur Milz zieht, rechts z. T. mit der Leber

in Verbindung steht. Brust- und Bauchorgane müssen zusammen herausgenommen werden. Durch den Tumor ist das Zwerchfell beiderseits bis zum 4. Interkostalraum emporgedrängt. Herz schlaff und anämisch. Im Unterlappen der linken Lunge subpleural kleine, bis kirschkerngrosse gelbliche Knötchen (Tumormetastasen); im rechten Unterlappen ist nur 1 solches Knötchen vorhanden.

Der Darm wegen Verwachsungen mit Tumor nicht in toto herausnehmbar. Colon transversum mit der Tumormasse, die hier hauptsächlich aus Netz und Drüsen zu bestehen scheint, fest verwachsen. Beim Aufschneiden des Colon zeigt sich eine Stenose, die nur für den Zeigefinger durchgängig ist. Ausserdem sind Duodenume- und Jejunumschlingen mehrfach mit dem Tumor verwachsen und dadurch fast völlig abgeknickt. Die Ileumschlingen sind z. T. untereinander fest verklebt und mit kleinen Knötchen besetzt. Grössere derartige Knötchen finden sich am Peritoneum des Douglas'schen Raumes, der Blase und des Zwerchfelles.

Der Magen ist links weit nach oben gedrängt und mit Zwerchfell und Milz z. T. verwachsen. Er ist sehr stark aufgebläht und mit grauen, grobkörnigen, halbflüssigen, fäkalähnlichen Massen erfüllt. Der Pylorus ist weit nach oben gegen die Leber gezogen und nur für ein Bougie durchgängig. Etwa in der Mitte des Magens, ungefähr an der grossen Kurvatur findet sich die gut für 1 Finger durchgängige Gastroenterostomie. Zwischen dieser und dem Pylorus liegt eine kleinhandtellergrosse, bis zur kleinen Kurvatur reichende Geschwürsfläche mit unregelmässigen Rändern, tiefer Arrosion und schwärzlich belegtem Grunde. Unter diesem Geschwür ist eine kleinkindskopfgrosse Tumormasse fühlbar, die, mit dem Pankreas verwachsen, bis zur Wirbelsäule reicht. Von der Hinterseite aus hat der Tumor unregelmässige buchtige Gestalt und es sind z. T. deutliche Lymphdrüsen zu erkennen. Vom Pankreas ist nur der Schwanz präparierbar; der übrige Teil ist mit der Tumormasse verbacken. Die Leber ist mit ihrem linken Lappen z. T. mit der Tumormasse verwachsen. Ihre Oberfläche ist z. T. mit kirschgrossen Auftreibungen (Metastasen) versehen, die auf dem Schnitt gelb aussehen. Im übrigen Lebergewebe findet sich Stauung. Der duct. choled. ist sondierbar.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Gallertkarzinom.

Wir haben im Vorhergehenden im ganzen 14 Fälle beschrieben, unter denen 1 angeborener Fall war, während 6 zwischen dem 13. bis 20. Lebensjahr, 7 zwischen dem 21. bis 25. Jahr lagen.

Davon sind 8 Fälle sicher als Karzinom anzusehen, während in den übrigen 6 Fällen wegen des fehlenden Berichtes über eine mikroskopische Untersuchung der karzinomatöse Charakter nicht absolut sicher ist.

Unter diesen 14 Fällen wurden 8 überhaupt nicht diagnostiziert. In Fall VI wurde mit einiger Wahrscheinlichkeit Karzinom angenommen, nur in den Fällen IV, VII, XII, XIII, XIV wurde die Diagnose sichergestellt.

Nun muss aber bemerkt werden, dass es sich in 4 von diesen 6 diagnostizierten Fällen um Patienten handelte, die erst in einem vorgeschrittenen Stadium der Krankheit in Beobachtung kamen. Für die wichtige Frage der Frühdiagnose kommen diese Fälle nicht in Betracht.

Bezüglich der 8 nicht diagnostizierten Fälle entsteht nun die Frage, warum sie sich der Diagnose entzogen, und ob unter den älteren Fällen wohl der eine oder der andere auf Grund unsrer verbesserten diagnostischen Hilfsmittel hätte erkannt werden können.

Ein Urteil, besonders über diesen letzteren Punkt kann natürlich nur mit grossem Vorbehalt abgegeben werden; denn ein für uns bei der Lektüre der Krankengeschichte nicht ganz so unklarer Fall hatte vermutlich am Krankenbett doch ein andres Aussehen, als es dem Leser scheinen mag, dem gewiss manche nebensächlichen, verwirrenden Punkte vom Autor erspart werden.

Wenn man mit diesem Vorbehalt an die Betrachtung der 8 nicht diagnostizierten Fälle herangeht, so darf man von den Fällen I, II, III, V, X ohne weiteres sagen, dass die richtige Diagnose wohl äusserst schwierig war. In Fall I, weil ein kongenitales Magenkarzinom etwas unerhörtes und niemals wieder sicher beobachtetes ist, in den Fällen II, III und X, weil bei ihnen nicht das geringste Symptom für eine Magenaffektion sprach, dagegen die Aufmerksamkeit des Arztes auf ganz andere Organe — Milz, Peritoneum, Pleuren, Herz — gelenkt wurde. Ascites Hydrothorax, Oedeme treten ja auch im Verlauf des Magenkarzinoms älterer Individuen auf, aber meist erst in den vorgeschrittenen Stadien. Bei jugendlichen Individuen dagegen muss es auffallen, wie häufig und in wie frühen Stadien der Krankheit diese Symptome sich finden. Manchmal entstehen dabei Hydrothorax und Ascites durch Herzschwäche, wie z. B. in Fall II; manchmal durch frühzeitige Metastasen in Peritoneum und Pleura. Oft findet man aber nichts von all' dem und ist in solchen Fällen über den Zusammenhang dieser Symptome mit der Grundkrankheit noch ganz im Unklaren. Um einen solchen Fall hat es sich wohl in No. V gehandelt; wenigstens wird hier ausdrücklich betont, dass Metastasen des Karzinoms nicht vorhanden waren. In dem klinischen Bericht vermissen wir übrigens die Angabe über eine Rectaluntersuchung. Es kann aber nicht genug auf die Wichtigkeit der rectalen (bei Frauen auch der vaginalen) Untersuchung bei diagnostisch unklaren Krankheiten des Abdomens hingewiesen werden. Besonders bei solchen Affektionen, die mit Ascites verbunden sind, ist sie geradezu unerlässlich. Als Beleg dafür möchte ich den folgenden Fall kurz anführen.

In Winter 1901/1902 kam in der Heidelberger Medizinischen Klinik ein Mann in mittleren Jahren zur Beobachtung, der vor einigen Jahren wegen typischer Ulcusbeschwerden mit Hämatemese etc. behandelt worden war. Seit einiger Zeit hatten sich wieder Magenbeschwerden eingestellt, und zwar Magendruck und Erbrechen nach Nahrungsaufnahme. Der behandelnde Arzt dachte an ein rezidivierendes Ulcus, schickte aber, da er einen sich rasch entwickelnden starken Ascites nicht zu deuten wusste, den Patienten zur Diagnosenstellung der Klinik zu. Eine Palpation per rectum ergab nun einen pflaumengrossen harten Tumor, der die vordere Rektalwand einstülpte. Die am nächsten Tage angestellte Untersuchung der Magenfunktionen ergab Achlorhydrie bei mässiger motorischer Insuffizienz. Es wurde sonach die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines auf dem Boden eines alten Ulcus ventriculi entstandenen Karzinoms mit peritonealen Metastasen gestellt; eine Diagnose, die nach Mitteilung des betreffenden Kollegen der weitere Verlauf bestätigt hat.

In Fall IX wurde zwar die vaginale Untersuchung ausgeführt und dabei ein Tumor entdeckt; die Deutung dieses Befundes war aber eine falsche: man diagnostizierte ein Myom, und da bei einem solchen nicht selten reflektorisches Erbrechen beobachtet wird, so dachte man nicht an eine idiopathische Magenerkrankung. Nach den neueren Erfahrungen würde sich hier der Verdacht darauf richten, dass in diesem Falle kein Myom, sondern die Metastase eines Magenkarzinoms vorläge.

So kam z. B. vor einiger Zeit in der Heidelberger Medizinischen Klinik eine 29jährige Frau zur Beobachtung, bei welcher seit einigen Monaten unbestimmte Magenbeschwerden bestanden. Die Untersuchung des Magens ergab bei der im Ernährungszustande mässig heruntergekommenen Frau Fehlen der freien Salzsäure und positive Milchsäurereaktion. Ein Magentumor, ebenso eine ausgesprochene motorische Insuffizienz liess sich nicht feststellen. Auf Grund zweier per vaginam palpabler, harter, höckeriger, z. T. adhärenter Ovarialtumoren, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Magenkarzinom mit Metastasen gestellt; sie erwies sich im weiteren Verlauf als richtig.

Ebenso halte ich es für sehr möglich, dass auch die Fälle VIII und XI heute richtig diagnostiziert werden könnten. Es handelte sich hier um Fälle aus den Jahren 1869 resp. 1886, also aus einer Zeit, seit der unsre Magendiagnostik erhebliche Fortschritte gemacht hat. Vor allem haben wir seitdem die wichtigen Prüfungen der chemischen und motorischen Funktionen des Magens kennen gelernt, die zwar 1886 schon längst entdeckt, aber noch nicht so zum Allgemeingut der Aerzte geworden waren, wie sie es heute sind. So ist im Fall VIII zwar die Gastrektasie, die Pylorusstenose und sogar das Fehlen der freien Salzsäure konstatiert worden; trotzdem wurde aber an eine gutartige Stenose gedacht; einmal wegen der Jugend der Patientin, vor allem aber wegen des vom gewöhnlichen Verlauf des Magenkarzinoms doch sehr abweichenden Krankheitsbildes. Dem Fehlen der freien Salzsäure legte man damals in vielen ärztlichen Kreisen noch keine besondere diagnostische Bedeutung bei; dies wird in Fall IX, der ebenfalls aus dem Jahre 1886 stammt, ausdrücklich als Grund angegeben, warum die Untersuchung der chemischen Magenfunktionen nicht ausgeführt wurde.

In Fall XI wurde vor allem wieder die Jugend des Patienten als wichtiges Argument gegen Karzinom ins Treffen geführt; das würde heutzutage gewiss nicht mehr bei einem 25jährigen Patienten mit der gleichen Schärfe geschehen.

Ich möchte nun noch mit einigen Worten speziell auf den von mir beobachteten Fall eingehen:

Unter den oben beschriebenen 13 Fällen finden wir nur 3 in noch jüngerem Alter.

Die grosse Jugend des Patienten kontrastiert mit der Alterskrankheit, dem Krebs, noch besonders scharf durch den infantilen Habitus des Patienten.

Was den Fall aber von den übrigen unterscheidet, das sind die diagnostischen Verhältnisse. Wir fanden, dass nur 5 unter jenen Fällen diagnostiziert wurden. Also etwa mehr als ein Drittel. In diesen 5 Fällen handelte es sich aber schon um im Spätstadium befindliche Patienten — mit Ausnahme vielleicht des Leube'schen, über den die betreffenden Angaben fehlen. — Hier konnte die Diagnose schon relativ früh nach dem Auftreten der subjektiven Symptome gestellt werden, wenn auch leider für die operative Therapie zu spät. Ein wesentlicher Unterschied gegen die genannten Fälle liegt in dem Verhalten der Metastasen: während sie, wie wir gesehen haben, dort sehr häufig das Grundleiden ganz verhüllten, sind sie zwar auch hier schon früh vorhanden, wie das die Operation wenigstens für das Peritoneum zeigte, machen aber zunächst keine Symptome, und diese bestehen in späteren Stadien hauptsächlich in Schmerzen, während Hydrothorax und vor allem der der Diagnose oft so verhängnisvolle Ascites ganz fehlt. — Die Hauptsache aber liegt im Verhalten des Magens selbst: hier wiesen von Anfang an alle Symptome auf eine schwere Magenaffektion hin, während in einem grossen Teil der übrigen Fälle die Magensymptome lange nicht so ausgesprochen waren wie hier oder sogar ganz fehlten.

Trotz all dieser für die Diagnose günstigen Umstände war unser Patient schon nicht mehr zu retten.

Zusammenfassung.

Die meisten der beschriebenen 14 Fälle lehren uns, dass das Magenkarzinom oder, vorsichtiger ausgedrückt, die malignen Magentumoren bei jugendlichen Individuen ein von dem gewöhnlichen Verlauf des Magenkrebses höchst abweichendes Krankheitsbild darbieten; dass sie meist in wenigen Monaten, vom Beginn der subjektiven Symptome an gerechnet, zum Tode führen, und dass in den relativ seltenen Fällen, wo eine Diagnose überhaupt gestellt wird, die sofort vorgenommene Operation doch zu spät kommt. — Die Diagnose ist eben meist erst dann möglich, wenn der Prozess schon weit vorgeschritten ist; dies gilt für den Magenkrebs jugendlicher Individuen noch mehr als für den der älteren. Dass auch bei diesen viele unklare Fälle vorkommen, ist ja eine bekannte Tatsache; nicht selten täuscht das Magenkarzinom z. B. eine perniziöse Anämie vor; aber solche Fälle sind doch relativ viel seltener im Vergleich zu dem hohen Prozentsatz der nicht diagnostizierbaren Fälle in jugendlichem Alter.

Zu ähnlichen Resultaten kommen auch einige Autoren, die teils selbstbeobachtete, teils schon beschriebene Fälle von Magenkrebs bei jugendlichen Personen zusammengestellt haben. Ich möchte mich hier im wesentlichen auf die ältere Statistik Mathieu's (21) beschränken.

Dieser Autor hat 27 Fälle von Magenkrebs bei Individuen „bis zu einigen 30 Jahren" zusammengestellt.*)

Mathieu teilt seine 27 Fälle in 3 Gruppen. Die 1. Gruppe enthält 9 Fälle, in denen die Krankheitssymptome überhaupt nicht auf den Magen bezogen wurden. 5mal wurde eine Alkoholcirrhose diagnostiziert, denn es bestand mässiger Ikterus, sowie frühzeitiger und starker Ascites, der einerseits die besondere Aufmerksamkeit auf sich lenkte, andrerseits die Palpation des Abdomens erschwerte. Die Sektion ergab Metastasen in Peritoneum und Leber, von einem latent gebliebenen Magenkarzinom ausgegangen (hier hätte die rektale Untersuchung gewiss manche Aufklärung bringen können!) — In 1 Fall wurde ein Neoplasma der Milz diagnostiziert (s. o. im Anschluss an Fall III). — In 2 Fällen hatte man an tuberkulöse Peritonitis resp. Pleuroperitonitis gedacht; vermutlich gaben auch hier Metastasen in Pleura und Peritoneum dazu Anlass. — In 1 Fall diagnostizierte man Leberkrebs; dass die Lebermetastasen eines Magenkarzinoms das primäre Leiden ganz verdecken können, ist ja eine alte Erfahrung.

In eine 2. Gruppe rangiert Mathieu 8 Fälle, in denen auf eine Erkrankung des Verdauungstraktus hinweisende Symptome wohl vorhanden wären, jedoch weder die Krankheit als Karzinom erkannt noch richtig auf den Magen lokalisiert wurde. Dass hier Fehldiagnosen gestellt wurden, legt Mathieu, gewiss mit Recht, dem Umstand teilweise zur Last, dass viele Aerzte geneigt sind, die Möglichkeit eines Karzinoms auszuschliessen, sobald es sich um jugendliche Individuen handelt, oder dass sie überhaupt gar nicht an die Möglichkeit denken.

4 Fälle dieser 2. Gruppe werden dadurch besonders interessant, dass es sich um Schwangere handelte, und deshalb wegen „unstillbaren Erbrechens" die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde. Die übrigen Fälle dieser Gruppe wurden für nervöse Dyspepsie, Ulcus rotundum etc. gehalten.

Die 3. Gruppe Mathieu's endlich umfasst 10 Fälle, in denen die Diagnose richtig gestellt wurde; aber auch hier handelte es sich durchaus nicht um klassische Fälle, sodass die Diagnose oft nicht leicht war. Blutbrechen fehlte meist; dagegen war in der Mehrzahl der Fälle ein Tumor palpabel.

Eine wichtige Diagnose wurde also nur in etwas mehr als ein Drittel der Fälle gestellt; leider finden sich in dem betr. Referat nun keine Angaben darüber, in welchen Stadien der Krankheit die einzelnen Diagnosen

---

*) Ob der eine oder der andere der oben schon besprochenen Fälle darunter ist, vermag ich nicht anzugeben, da ich Mathieus Statistik nur aus einem sehr ausführlichen Referat kenne, jedoch scheint es wahrscheinlich.

gestellt werden konnten. Handelte es sich dabei um relativ frühe Diagnosen, so wäre das ein Resultat, mit dem man schon ganz zufrieden sein könnte. — Auch über eventuelle Operationen und über die dabei gemachten Befunde enthält das Referat keine Mitteilungen.

In seiner Zusammenfassung bezeichnet Mathieu folgende Punkte als charakteristisch:

Der Magenkrebs bei jugendlichen Personen entwickelt sich meist innerhalb kurzer Zeit; er führt meist in wenigen Monaten zum Tode, und eine Krebskachexie fehlt oft.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt auch die schon im Anfang zitierte Statistik von Osler und Mc Crae.

Zum Schluss dieser Arbeit erlaube ich mir, Herrn Geheimrat Professor Dr. Erb für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Kaufmann für die freundliche Durchsicht dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur:

[1]) **Alessandri**, Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. XII. 1903.

[2]) **Bettelheim**, Wiener Med. Presse. XVIII. 1877.

[3]) **Cullingworth**, Brit. Med. Journ.

[4]) **Debove**, Soc. méd. des Hôpit. 1889.

[5]) **Debreyne**, Allgem. Betrachtungen über Diagnose und Behandlung der chron. Magenkrankheiten. 1840.

[6]) **Dreyer**, Ueber das Magensarkom. Dissert. Göttingen 1894.

[7]) **Duzan**, Du cancer chez les enfants. Thèse de Paris 1876.

[8]) **d'Espine**, Annales d'Hygiène. Paris 1847.

[9]) **Fenwick**, Lancet. 16. II. 1900.

[10]) **Finlayson**, Brit. Med. Journ. 1899.

[11]) **Gurlt**, Beiträge zur Statistik der Geschwülste. Arch. f. klin. Chir. XXV.

[12]) **Häberlin**, Ueber Verbreitung und Aetiologie des Magenkrebses. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 44, 45.

[13]) **Hammerschlag**, Arch. f. Verd.-Kr. 1896.

[14]) **Hutchinson**, Philad. Med. Times. I. 1871.

[15]) **Kaulich**, Prager Med. Wochenschr. 1864.

[16]) **Kundrat**, Wiener klin. Wochenschr. 1893, Nr. 12.

[17]) **Lange**, Magenkrebs u. s. Metast. Dissert. Berlin 1877.

[18]) **Lebert**, Arch. f. physiol. Heilkunde. 1849.

[19]) **Leube**, Ziemssens Handb. d. spez. Path. u. Ther. VII., 2.

[20]) **Mc Crae**, New York Med. Journ. 1902. S. auch Osler.

[21]) **Mathieu**, Gaz. des Hôpit. 1884, Nr. 118.

[22]) **Mikulicz** u. **Kausch**, Handb. d. prakt. Chir. von Bergmann, von Bruns, von Mikulicz. III.

[23]) **Mlodzejewski**, Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1903,

[24]) **Moore**, Transact. of the Pathol. Soc. Bd. 36, 1886.

[25]) **Nothnagel**, Handb. d. spez. Path. und Ther. XVI., 2.

[26]) **Osler** u. **Mc Crae**, New York Med. Journ. 1900.

[27]) **Perry** u. **Shaw**, Guys Hosp. Rep. Bd. 48, 1892.

[28]) **Pillon**, Bullet. de la soc. anat. de Paris. 1856.

[29]) **Reinbrecht**, Fall von Magenkarzinom bei 21jährigem Mädchen. Dissertation Berlin 1886.

[30]) **Robson**, Brit. Med. Journ. 1903.

[31]) **Scheffer**, Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XV., 1880.

[32]) **Schlesinger**, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 32, Suppl. 1898.

[33]) **Schmincke**, Magenkarzinom nach chron. Ulcus etc. Diss. Würzburg 1901.

[34]) **Scholz**. Ueber Magenkrebs in jugendl. Alter. Diss. Breslau 1886.

[35]) **Virchow**, Archiv 1856.

[36]) **Virchow**, Onkologie II.

[37]) **Werner**, Württemberger Korresp.-Bl. Bd. 39, 1869.

[38]) **Widerhofer**, Jahrb. f. Kinderheilk. 1859.

[39]) **v. Winiwarter**, Beiträge zur Statistik des Karzinoms. Wien, 1878.



Lebenslauf.

Ich, Felix Huch, wurde am 6. September 1880 zu Braunschweig als Sohn des Rechtsanwaltes William Huch geboren und gehöre der evangelisch-lutherischen Konfession an. Von Michaeli 1889 an besuchte ich das Neue Gymnasium zu Braunschweig, von Ostern 1891 an das Wettiner Gymnasium zu Dresden, das ich Ostern 1899 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf widmete ich mich dem Studium der Medizin auf der Universität Leipzig, wo ich Ostern 1901 das Tentamen physicum bestand. Dann studierte ich je 1 Semester in Heidelberg, Leipzig, Heidelberg, Berlin und von Ostern 1903 an wieder in Heidelberg, wo ich während des Sommersemesters 1904 die ärztliche Staatsprüfung ablegte.

Meine medizinische Bildung verdanke ich vor allem den Herren Professoren: His †, Hering, Marchand, Trendelenburg und Clum in Leipzig. Heubner, Jolly †, Kraus, Lewin und Olshausen in Berlin. Arnold, Czerny, Erb, Gottlieb, Kräpelin, Leber, von Rosthorn und Vierordt in Heidelberg.

Heidelberg, 17. Juli 1904.